

Bernadetta Janusz^{1,2}, Katarzyna Czapkiewicz³, Małgorzata Wolska⁴,
Kazimierz Bierzyński², Łukasz Müldner-Nieckowski⁵, Mariusz Furgał^{1,2}

ZASADY KONSTRUKCJI KLINICZNEGO STUDIUM PRZYPADKU W PSYCHOTERAPII

GUIDELINES FOR CONSTRUCTING CLINICAL CASE STUDIES IN PSYCHOTHERAPY

¹ Zakład Terapii Rodzin i Psychosomatyki Katedry Psychiatrii UJ CM

² Fundacja Rozwoju Terapii Rodzin „Na Szlaku”

³ Praktyka prywatna

⁴ Krakowska Fundacja Rozwoju Psychoterapii im. Profesor Marii Orwid

⁵ Centrum Terapii Synteza

**clinical case study
methodology
psychotherapy**

Streszczenie

Artykuł jest owocem refleksji nad celem i sposobem prezentowania procesów psychoterapii w formie klinicznych studiów przypadku. W pracy zostaną przedstawione podstawowe zasady ich konstruowania. W analizie skupiono się szczególnie na spójności wyboru tematu, przedstawieniu celu opisu danego przypadku oraz sposobu jego realizacji. W dalszej części artykułu zostały poddane refleksji studia przypadków psychoterapii opublikowane w piśmiennictwie polskim. Szczególną uwagę zwrócono na to, czy i w jaki sposób autorzy prezentują cel danego opisu oraz w jaki sposób ów cel został przez nich zrealizowany.

Summary

The article is the result of reflections on the purpose and way of presenting psychotherapy processes in the form of clinical case studies. The presented work presents the basic principles of constructing a clinical case study. The analysis focuses particularly on the consistency of topic selection, presentation of the purpose of the case study and the manner of its implementation. Later in the article, psychotherapy case studies published in the Polish literature are reviewed. Particular consideration is paid to whether and how the authors present the purpose of a given case study, and how this goal has been achieved by them.

Wprowadzenie

Kliniczne studia przypadku w psychiatrii i psychoterapii mogą dotyczyć wielu aspektów praktyki klinicznej, mogą się odnosić, np. do rzadko spotykanego czy przebiegającego w sposób nietypowy zaburzenia, poszerzając w ten sposób wiedzę o psychopatologii. Nie-

rzadko ilustrują pogląd autora na zaburzenie i sposób jego leczenia [1]. Studia przypadków mogą dotyczyć również specyficznie stosowanej farmakoterapii [2]. W prezentowanej pracy skupimy się wyłącznie na klinicznych studiach przypadków dotyczących procesów psychoterapii.

Można zaryzykować stwierdzenie, że kliniczne studia przypadków zbudowały psychoterapię jako dziedzinę wiedzy i praktyki klinicznej. Za kanoniczne przykłady, dające szczególny wgląd w proces psychoterapii, mogą być uznane opisy przypadków pacjentów Zygmunta Freuda. Przypadek Dory ostatecznie doprowadził do uświadomienia sobie przez samego autora, a następnie czytelników, czym jest przeciwprzeniesienie, a w szczególności jak nieuwzględnianie go może zakłócać proces terapii [3]. Przypadek Małego Hansa służył zaprezentowaniu rozwoju kompleksu Edypa, a głównie tego, w jaki sposób w psychoterapii prowadzonej przez Freuda i ojca pacjenta zostały powoli odkryte i przepracowane okoliczności ukształtowania się nerwicy mającej związek z rozwojem psychoseksualnym chłopca [4].

Iwakabe i Gazzola wskazują na trzy rodzaje studiów przypadku, które rozwijają i opisują praktykę psychotherapeutyczną. Pierwsze z nich, będące głównym tematem niniejszego opracowania, kliniczne studium przypadku zostanie szczegółowo opisane poniżej [5]. Drugi rodzaj jest określany jako systematyczne studium przypadku [6]. Jego przedmiotem jest również realnie prowadzona psychoterapia (naturalistyczny setting). Jest to jednak projekt odpowiadający na określone pytania badawcze — np. przyczynowo-skutkowe wyjaśnianie efektywności psychoterapii [7]. W tym przypadku, aby udzielić odpowiedzi na postawione pytanie, stosowana jest systematyczna metoda oraz przeprowadzana ilościowa lub jakościowa analiza danych. Analiza tego rodzaju jest zwykle prowadzona przez zespół badawczy, który dyskutuje wyniki, a nie, jak w klinicznym studium przypadku, przez samego terapeutę [5]. Eksperymentalne studium przypadku, dotyczące procesu psychoterapii, uważane jest za swoisty eksperyment naukowy. Jest to metoda badawcza testująca hipotezę dotyczącą efektów leczenia. Jej celem jest dotarcie do zmian, które są możliwe do zaobserwowania u pacjentów po zastosowaniu specyficznych interwencji [5].

Studia przypadków w znaczącym stopniu przyczyniają się do „wglądu w proces psychoterapii” czy też rozwoju badań nad procesem psychoterapii. Używając psychoanalitycznego pojęcia „wgląd w proces psychoterapii” mamy na myśli możliwość bycia wprowadzonym przez terapeutę autora danego klinicznego studium przypadku w jakiś wybrany aspekt złożonego i w wielu aspektach intymnego zjawiska, jakim jest proces psychoterapii. A zatem, konstruując dane studium przypadku, autor często ma „wgląd” w zjawisko, które poddaje dodatkowej analizie. Również czytelnicy mają szansę na wgląd w prowadzony proces terapii i omawiane tam zjawiska.

Salvatore i inni podkreślają, że studia przypadków w psychoterapii wnoszą znaczący wkład w to, jak **współkonstruowane** są znaczenia pomiędzy pacjentem a terapeutą. Odbywa się to zwykle ze wskazaniem wprost lub nie wprost na leżące u podłoża założenie autora dotyczące jego przekonań, na czym polega mechanizm zmiany w danym procesie terapeutycznym [8].

Współkonstruowanie znaczeń w psychoterapii jest procesem złożonym i nielineranym, stąd uchwycenie jego dynamiki pozostaje wyzwaniem dla autorów studium przypadku.

Może on być opisany w przebiegu całego procesu terapeutycznego w kilku sesjach, jednej sesji czy wreszcie w pojedynczej interwencji, na którą pacjent w określony sposób odpowiada. Tego rodzaju mikroperspektywa kliniczna również uprawnia konstruowanie klinicznego studium przypadku, pod warunkiem, że będzie ona spójna z celem, jaki sobie autor postawił.

Ciekawym przykładem skonstruowania systematycznego studium przypadku psychoterapii poprzez wybór kilku ostatnich sesji jest praca norweskich terapeutów i badaczy Råbu i Haavind zatytułowana: *Coming to an end: A case study of an ambiguous process of ending psychotherapy* [9]. Poniżej zostanie przedstawiona szczegółowa analiza abstraktu prezentowanej pracy, gdyż uważamy, że zawiera ona przykład spójności pomiędzy postawionym celem, wskazaniem wprost motywacji do podjęcia się konstruowania wybranego klinicznego studium przypadku, sposobem jego realizacji, jak również opisem wniosków i ich dyskusją kliniczną. W pracy tej na szczególną uwagę zasługuje sposób, w jaki autorzy zdefiniowali cel konstruowania przez nich prezentowanego opisu przypadku. „Prezentowany opis przypadku zwraca uwagę na to, jakie sprzeczności leżą u podłoża procesu, w którym kończenie zainicjowane przez terapeutę spotyka się z oporem ze strony pacjentki” [9, str. 109]. W analizie interesujące jest również to, w jaki sposób autorzy przedstawili motywację do wyboru tego konkretnego przypadku: „Wybór tego konkretnie przypadku był celowy ze względu na związaną z nim kombinację różnych okoliczności. Klientka i terapeuta wytworzyli »wystarczająco dobre« przymierze (WAI) i uzyskali »wystarczająco dobry« efekt terapii (OQ-45), przy czym pacjentka nie czuła, że terapia już się kończy” [9, str. 109]. Cytowani autorzy w następujący sposób zdefiniowali, jak zamierzają osiągnąć przedstawiony cel: „Dokładna analiza danych dotyczących interakcji w czasie wspólnych sesji, wraz z refleksjami terapeuty i klientki, pozyskanymi w czasie wywiadów przeprowadzanych po zakończeniu terapii, ujawniła informacje na temat zarówno istotnych treści, jak i aspektów strukturalnych tego skomplikowanego procesu kończenia” [9, str. 109]. I wreszcie opis wniosków i ich dyskusja wyglądała w następujący sposób: „Rozbieżność między terapeutą i klientką nie została zaadresowana, a raczej odłożona na później, po czym ponownie do niej powrócono. Elementy strukturalne, takie jak przygotowania do wakacyjnej przerwy i zmniejszanie częstości spotkań, zostały użyte w celu przetestowania przez doświadczenie, np. jak klientka radzi sobie w życiu bez terapii. Uważne utrzymywanie »wystarczająco dobrej« więzi emocjonalnej dzięki negocjowaniu okazało się ważne dla obu stron. Co istotne, autonomia klientki została zinterpretowana jako ostateczny dowód poprawy jej funkcjonowania i mogła ona cieszyć się poprawą, akceptując, że terapia dobiega końca”.

Prezentowane cytaty ilustrują, w jakim zakresie przedstawione wnioski i ich dyskusja mogą dać istotny wgląd w proces psychoterapii — w tym wypadku w niełatwy, a ważny klinicznie proces jej kończenia. W opisywanej pracy autorzy położyli nacisk na rozumienie złożonej dynamiki interakcji pomiędzy pacjentem i terapeutą oraz proces rozwoju pacjenta w trakcie prowadzonej terapii.

Kliniczne studium przypadku charakteryzuje się przede wszystkim tym, że jest tworzone przez terapeutę, który jako klinicysta prowadził określone oddziaływania terapeutyczne czy też dany proces psychoterapii. Autor terapeuta opisuje w nim to, co się wydarzyło w prowadzonej przez niego terapii. Jego celem jest dostarczenie wiedzy, która będzie użyteczna dla innych psychoterapeutów, klinicystów i badaczy danych zjawisk [5, 10].

W literaturze przedmiotu wskazuje się również na potencjalne słabości klinicznego studium przypadku, takie jak: poleganie na pamięci terapeuty, ograniczenie źródła danych do jego osoby, brak niezależnej perspektywy, jaką mogą dać zewnętrzni obserwatorzy czy też zastosowane kwestionariusze [11]. Dodatkową słabością może być też interpretacja danych w terminach teoretycznej ortodoksji, bez uwzględniania alternatywnych wyjaśnień. Utrudnia to dostarczanie informacji, które pozwoliłyby czytelnikom na wyciąganie samodzielnych wniosków.

W prezentowanej pracy stoimy na stanowisku, że wskazane słabości klinicznego studium przypadku opisującego proces psychoterapii mogą być w znacznym stopniu przezwyciężone, gdy terapeuci będą kierować się wytycznymi pozwalającymi im przygotować studia przypadku w sposób czyniący je użytecznymi dla rozumienia procesów psychoterapii i innych zjawisk klinicznych. Terapeuci bowiem, przygotowując studium przypadku, polegają nie tylko na własnej pamięci, ale na notatkach sporządzanych po sesjach, na nagraniach sesji terapeutycznych czy wnioskach z supervizji. Umożliwia to im cytowanie niektórych fragmentów terapii, co ogranicza wpływ wyłącznie subiektywnej perspektywy autora, pozwalając czytelnikom na własną refleksję i ocenę. Należy jednak pamiętać, że selekcja danych dokonana przez terapeutę jest związana z celem przedstawiania danego klinicznego studium przypadku. Ważne jest wskazanie wprost, jakiej selekcji dokonał autor, co włączył, co pominął i czym się kierował, dokonując wyboru materiału klinicznego (danych z sesji).

Kliniczne studium przypadku: struktura pracy, wskazówki ogólne

Poniżej zostaną przedstawione niektóre zasady konstrukcji klinicznego studium przypadku w psychoterapii. Stanowią one integrację wiedzy z wiodących czasopism z tego zakresu, takich jak: *Case Studies in Psychotherapy*, *A Psychotherapy Case Study*, *Pragmatic Case Studies in Psychotherapy* oraz wniosków grupy roboczej złożonej z autorów niniejszego artykułu.

Wybór tematu — opisywanego zjawiska/fenomenu

Jak wspomniano wyżej głównym celem prezentowanej pracy jest refleksja nad wyborem tematu — problemu i strategii przedstawiania danych w opisanym przez terapeutę klinicznym studium przypadku. Za jego nadrzędny cel jest uważany „wgląd” w proces prowadzenia psychoterapii [5]. Bardziej szczegółowo może to oznaczać refleksję nad jakimś wybranym zjawiskiem procesu psychoterapii. Podstawowym celem klinicznego studium przypadku jest zatem zrozumienie zjawiska, zanalizowanego/zilustrowanego przez dany proces psychoterapii. W praktyce oznacza to jasne wskazanie na powód, dla którego autor wybrał do opisu ten, a nie inny przypadek. Przy formułowaniu celu wydaje się ważne wskazanie na to, co było/jest szczególne, charakterystyczne dla danego przypadku oraz na jakie zjawiska autor chciał zwrócić uwagę. Istotne wydaje się również jasne określenie, jakie zagadnienie natury ogólnej może być zilustrowane przez zaprezentowane kliniczne studium przypadku. Tego rodzaju sformułowaniem może być, np. ewolucja przymierza w trakcie krótkoterminowej psychoterapii psychodynamicznej [12].

Innym powodem wybrania danego przypadku może być jakiś szczególny problem, z którym musiał zmierzyć się terapeuta w trakcie prowadzenia psychoterapii. Ilustracją

tego rodzaju dylematu jest wskazanie na powód wyboru konkretnego przypadku opisanego przez Cohena: „Wybrałem przypadek Daniela, ponieważ zdecydowałem się na coś raczej niezwykłego dla psychoanalityka: spotykając się z klientem przez 5 lat w tradycyjnym settingu psychoanalitycznym zdecydowałem się włączyć do mojej pracy techniki pochodzące z ACT (Acceptance and Commitment Therapy). Kiedy rozważałem włączenie technik z alternatywnego paradygmatu czułem lęk. Głos pochodzący z mojego psychoanalitycznego superego wyrażał protest. Ten opis przypadku ujawnia, jak moja decyzja, żeby włączyć techniki ACT, jedną ze współczesnych form terapii poznawczo-behawioralnej, przerwała impas w leczeniu, pozwalając pacjentowi na rozwiązanie zalegających trudności, co doprowadziło do udanego końca terapii” [13, str. 3].

1. Tytuł i słowa kluczowe

Istotne jest, aby tytuł jasno wskazywał na problem-zagadnienie, które autor chce opisać poprzez realizowane studium przypadku. Umieszczone słowa kluczowe, oprócz opisanego problemu, zagadnienia czy zjawiska, powinny również wskazywać na problem kliniczny, diagnostyczny oraz na paradygmat terapeutyczny. Przykładem tytułu, który w sposób wyczerpujący oddaje treść prezentowanego klinicznego studium przypadku jest tytuł z artykułu Doroty Stolarskiej: „Diagnostyczne cechy języka pierwszej wypowiedzi pacjentów nerwicznych — na podstawie analizy przypadku” [14, str. 23]. Wskazuje on jasno, że autorka użyła metody klinicznego studium przypadku, aby zilustrować wybrane przez nią zjawisko procesu diagnostycznego. Z kolei Katarzyna Schier w artykule „Geneza i formy leczenia astmy oskrzelowej: Perspektywa psychoanalityczna” odwołuje się do klinicznego studium przypadku, ilustrując złożoność terapii psychoanalitycznej u pacjentki z astmą oskrzelową [1]. Tytuł w pełni określa paradygmat terapeutyczny i wskazuje, jakiego typu zaburzeń dotyczy artykuł. Brakuje jednak informacji, że w pracy można się spodziewać opisu przypadku, a to mogłoby być ważne dla czytelników poszukujących tego rodzaju prac. Słowa kluczowe w artykule Schier brzmią: *bronchial asthma*, *psychosomatics*, *psychoanalytic psychotherapy*. Są one wyczerpujące, jeśli chodzi o informację o paradygmacie terapeutycznym i obszarze klinicznym analizy, jednak nie zawierają informacji o opisie przypadku. Autorka chciała zapewne w ten sposób podkreślić pogładowy charakter artykułu, który nie mógłby być w czystej formie kwalifikowany jako studium przypadku.

2. Abstrakt

W klinicznym studium przypadku abstrakt/streszczenie powinien zawierać przedstawienie pacjenta, diagnozę, opis podejścia teoretycznego, podstawowe definicje badanych zjawisk oraz cel prezentacji klinicznej. W cytowanym artykule Schier [1] streszczenie występuje jedynie w formie skróconej, co było zgodne z ówczesną konwencją publikacyjną. Zawiera przedstawienie pacjenta, diagnozy, opis podejścia teoretycznego oraz cel prezentacji danego studium: „Autorka przedstawia teoretyczne koncepcje genezy astmy oskrzelowej w szerszym kontekście rozumienia mechanizmów powstawania chorób psychosomatycznych. Punktem odniesienia jest psychoanalityczna teoria rozwoju i zaburzeń psychicznych. Trudności wynikające z braku motywacji pacjenta chorującego na astmę oskrzelową do terapii przedstawione są na przykładzie początkowej fazy terapii psychoanalitycznej 45-letniej pacjentki” [1, s. 61].

3. Wprowadzenie

3.1 Część teoretyczna powinna odnosić się do paradygmatu, którego autor używa do rozumienia opisywanych zjawisk czy też opisywanego procesu terapii. Może to być podejście, w którym prowadzony jest dany proces psychoterapii, np. podejście poznawczo-behawioralne, terapia schematów czy inne. Wprowadzenie powinno zawierać odniesienie do autorów, którzy reprezentują poszczególne aspekty danego podejścia. Wprowadzenie do cytowanego wyżej artykułu Schier krótko ilustruje problematykę zaburzeń psychosomatycznych ze szczególnym odniesieniem do astmy. Główna część tekstu opisuje genezę astmy w ujęciu teorii psychoanalitycznych: „W teorii i praktyce psychoanalitycznej zainteresowanie astmą oskrzelową zapoczątkowała pionierska, klasyczna już dzisiaj, praca Franza Aleksandra” [1, s. 62].

Podobnie jak w artykule Schier, wprowadzenie powinno również zawierać zdefiniowanie zjawiska, którego opisu dokonuje autor — w badaniu procesu psychoterapii może być przykładowo badane przymierze. Warto mieć na uwadze, że jest ono kluczowym zjawiskiem procesu psychoterapii, mającym ukonstytuowane definicje w literaturze przedmiotu. Definicje opisywanych zjawisk klinicznych powinny zostać umieszczone we wprowadzeniu, w szczególności ta, do której odwołuje się autorka/autor. Należy również podkreślić, że istnieją doniesienia badawcze dotyczące podstawowych zjawisk procesu psychoterapii, w tym nad przymierzem [15–17], w różnych nurtach psychoterapii. Istotne jest zatem wskazanie, do których badań i podejść autorzy się odnoszą. Istotą tego etapu pracy jest umieszczenie opisywanego zagadnienia klinicznego lub opisywanego problemu w odpowiednim kontekście teoretycznym.

3.2 Część dotycząca celu i metody

Część dotycząca metody powinna zawierać jasne wskazanie, dlaczego autor wybrał dany przypadek. Winna ona uwzględniać problem czy też zagadnienia, które autor chce zanalizować (patrz rozdział powyżej). W cytowanej wcześniej pracy Stolarska w sposób wyczerpujący przedstawia cel i motywację do opisanego wybranego zjawiska procesu terapii: „Zdobyte przez lata doświadczenia zespołu Wojewódzkiego Ośrodka Leczenia Nerwicy w Krakowie, dotyczące sposobów analizy monologu, zachęciły mnie do podjęcia próby ich opracowania i sprawdzenia użyteczności diagnostycznej stosowanej przez nas procedury” [14, s. 26]. W cytowanej wyżej pracy Schier cel i metoda nie zostały odrębnie przedstawione, ale w głównej części tekstu autorka precyzuje: „W prezentowanej pracy będę koncentrować się wyłącznie na ostatnim ze wspomnianych elementów, tzn. na tym, jak różni badacze spostrzegają i rozumieją relacje (zarówno intrapsychiczne, jak i interpersonalne) w rodzinach chorych na astmę oskrzelową” [1, str. 63].

W dalszej kolejności istotne jest opisanie wprost tego, w jaki sposób autor dokonał wyboru przedstawianych zjawisk klinicznych. Ważne, aby zostały jasno przedstawione kryteria czy też motywy autora (co nim kierowało, kiedy wybierał danego pacjenta lub określone zjawisko kliniczne do opisu). Dla zrozumienia złożoności zjawisk procesu psychoterapii istotne jest uwzględnienie w opisie towarzyszących autorowi wątpliwości. Wątpliwości tego rodzaju mogą bowiem dawać ważny wgląd w wybrane zagadnienie opisywanego procesu terapeutycznego.

4. Główna część tekstu

4.1 Diagnoza pacjenta/kliniczne manifestowanie się przedstawianego zagadnienia

Przed przystąpieniem do analizy procesu terapii czy też określonego w nim zjawiska istotne jest określenie, jakie kryteria kliniczne zostały przyjęte przy definiowaniu opisywanych zjawisk. Ważne jest również opisanie tego, jakie zastosowano metody diagnostyczne. Podstawowe składowe opisywanego procesu powinny zawierać: przedstawienie pacjenta, jego diagnozę, przedstawienie problematyki ze strony pacjenta (jak pacjent widzi swoje problemy), historię pacjentki czy też pacjenta oraz historię procesu terapii.

4.2 Analiza procesu terapii/zjawiska w procesie terapii

Analiza procesu terapii czy też wybranego w nim zjawiska często nie jest zadaniem łatwym. Autor winien bowiem podjąć decyzję co do wyboru określonych treści klinicznych, zapisu sesji, obserwacji pacjenta oraz sposobu przedstawiania swojego materiału. Kluczowe w tej części jest określenie, **w jaki sposób** autor zamierza zrealizować założony cel prezentowanego studium przypadku. Stolarska [14] realizuje opisany wyżej cel poprzez przedstawienie opracowanych przez nią treściowych i formalnych kategorii analitycznych. Kategorie te opisują charakterystyczne cechy języka pierwszych wypowiedzi pacjentów nerwicowych. Autorka cytuje pierwszą wypowiedź pacjenta, a następnie dokonuje analizy i interpretacji tej wypowiedzi.

„Podsumowując analizę kategorii treściowych i formalnych pierwszymi hipotezami diagnostycznymi, wymagającymi zweryfikowania, są hipotezy dotyczące istnienia u pacjenta nieświadomego konfliktu pomiędzy potrzebami zależności, bierności, wyrażanymi odwoływaniem się do autorytetu lekarza, zdawaniem się na jego kierowanie, przytaczaniem jego opinii, a potrzebami niezależności, może buntu, sygnalizowanymi wątpliwością, podważaniem opinii lekarza nie wprost. Może to stanowić o rysie bierno-agresywnym w osobowości pacjenta. Pacjent sygnalizuje także wątpliwość w psychogeny charakter swoich zaburzeń i w związku z tym — ambiwalentne oczekiwania wobec leczenia” [14, s. 31].

W cytowanej wyżej pracy Schier sposób przedstawienia klinicznego studium przypadku polega na opisanu trudności motywacyjnych w podejmowaniu psychoterapii pacjentki. Dokonuje się to w odniesieniu do typowego dla pacjentów psychosomatycznych powolnego i trudnego procesu nawiązywania przymierza terapeutycznego: „Uważam, że istotnym problemem w leczeniu psychoterapeutycznym osób chorych na astmę oskrzelową jest ich motywacja do leczenia. Doświadczenia z mojej własnej praktyki klinicznej pokazują...” [1, s. 67].

Z punktu widzenia rzetelności przedstawionego materiału, autor powinien również jasno określić, jakie części zostały przez niego pominięte, a jakie wybrane do prezentacji i analizy. Istotne jest wskazanie, co było motywem do selekcji materiału klinicznego. W cytowanej powyżej pracy Stolarskiej znajduje się następujące zdanie, które częściowo spełnia warunek uzasadnienia wyboru materiału: „Artykuł ten nie daje całego obrazu przeprowadzonych przeze mnie badań, przedstawię i zilustruję tę procedurę na przykładzie analizy pierwszej wypowiedzi jednego z pacjentów” [14, s. 26].

Kluczowe jest również określenie, w oparciu o jakie pojęcia dokonano analizy prezentowanego materiału klinicznego. I wreszcie, istotne jest również wskazanie, jakie obiekty-

wizujące metody zostały wprowadzone przez autora dla uniknięcia wyłącznie subiektywnego opisu (superwizja, dyskusje z kolegami, dyskusje na konferencji). Za ograniczenie subiektywnego opisu uznaje się przede wszystkim taki sposób prezentowania materiału klinicznego, aby czytelnicy mogli wyrobić sobie własny pogląd. W sposób szczególnie celowi temu służą cytaty z procesu terapii/konsultacji/wywiadu diagnostycznego.

5. Rezultaty: przedstawienie rezultatów badania/wnioskowania klinicznego

Kluczowym celem klinicznego studium przypadku jest przedstawienie rezultatów wnioskowania klinicznego — wniesienie nowej wiedzy klinicznej i terapeutycznej. W pracy Schier [1] autorka podkreśla konieczność przeprowadzenia pacjentów psychosomatycznych przez fazę „przygotowania” do terapii. „Uważam, że pacjenci ci muszą w początkowej fazie leczenia dostrzec, że istnieje związek między ich reakcjami cielesnymi i życiem psychicznym” [1, s. 69].

6. Podstawowe wskazówki kliniczne i terapeutyczne płynące z danego studium przypadku

I wreszcie ostatnim aspektem, czy też mówiąc wprost korzyścią wypływającą z prezentowanego studium przypadku, są wskazówki kliniczne i terapeutyczne. Są one bezpośrednim, praktycznym wkładem w pracę klinicystów, studentów czy innych osób szkolących się w psychoterapii, a wreszcie w pracę innych terapeutów. Przykładem umieszczenia wskazówek w obrębie klinicznego studium przypadku jest cytowana wyżej praca Schier. Autorka stwierdza w niej: „Przedstawiony przeze mnie przykład kliniczny jest ilustracją tezy o konieczności modyfikacji techniki psychoanalitycznej w pracy z pacjentami z zaburzeniami psychosomatycznymi” [1, s. 69].

7. Podsumowanie

Podsumowanie jest ważną częścią klinicznego case study. Istotne jest odniesienie się do tego, na ile nazwany wprost cel przedstawienia danego studium przypadku został osiągnięty. Wśród przytoczonych klinicznych studiów przypadków podsumowanie znajdujemy w pracy Schier. Autorka stwierdza w nim, że konieczne są badania dotyczące więzi pacjentów chorujących na astmę oskrzelową i sama deklaruje podjęcie, w tamtym czasie, takich badań.

Przegląd klinicznych studiów przypadku procesu psychoterapii na przykładzie czasopism: „Psychoterapia” i „Psychiatria Polska”.

Na użytek tego opracowania dokonano przeglądu klinicznych studiów przypadków w takich czasopismach, jak „Psychiatria Polska” i „Psychoterapia”. Obliczono, że w latach 1998–2018 w czasopiśmie „Psychiatria Polska” ukazało się około 60 klinicznych studiów przypadków dotyczących procesu psychoterapii.

Przykłady opisu klinicznych studiów przypadku w czasopiśmie „Psychiatria Polska”

Poniżej przedstawiono dwa przykłady klinicznego studium przypadku z czasopisma „Psychiatria Polska”. Po dokonaniu analizy, według przedstawionych wyżej kryteriów

formalnych, uznano, że zaprezentowane prace w najpełniejszym stopniu spełniają kryteria spójności wyboru tematu, celu opisu i sposób jego realizacji.

Pierwszy z nich to artykuł autorstwa Anny Cwojdzńskiej, Katarzyny Markowskiej-Regulskiej i Filipa Rybakowskiego: „Terapia usprawniania poznawczego w młodzieńczym jądłowstręcie psychicznym — opis przypadku” [18]. Tytuł odzwierciedla opisany w artykule problem zaburzeń poznawczych w przebiegu jądłowstrętu psychicznego i ich korekty. Cel jest wyraźnie przedstawiony. „Postępowanie eksperymentalne i jego ewaluacja miały na celu ocenę zestawu ćwiczeń, jakim jest terapia usprawniania poznawczego, oraz jego ewentualnej przydatności w terapii osób z JP w wieku adolescencyjnym” [18, s. 117].

Autorzy, realizując założony cel, uwzględnili odniesienie do badań dotyczących zmian sposobu myślenia u pacjentów z jądłowstrętem psychicznym, opisali terapię usprawniania poznawczego (10 sesji 30-, 40-minutowych w trakcie 5 tygodni) oraz zaprezentowali opis przypadku 15-letniej pacjentki z JP o podtypie restrykcyjnym, wobec której zastosowano cykl treningu poznawczego metodą CRT (dane z wywiadu rozwojowego i klinicznego, wyniki badań). Jeżeli chodzi o dodatkowe wnioskowanie to nie jest ono w pełni uzasadnione przedstawieniem materiału klinicznego i jego analizą. Autorzy wskazują, że metoda ta uczy pacjentów pozostawania w relacji terapeutycznej, brakuje jednak opisu tej relacji.

Drugim artykułem jest „Psychodynamiczna psychofarmakologia w praktyce — możliwości interpretacji działań niepożądanych farmakoterapii, opis przypadku” Sławomira Murawca [19]. Tytuł jest zgodny z treścią artykułu. Cel sformułowany jest zrozumiale: „Prezentowany tu opis przypadku ilustruje próbę zastosowania psychodynamicznej psychofarmakologii w praktyce klinicznej” [19, s. 214]. Został on zrealizowany poprzez wprowadzenie definicji psychodynamicznej psychofarmakologii z odniesieniem do literatury oraz prezentację przypadku pacjentki z rozpoznaniem ostrych wielopostaciowych zaburzeń psychotycznych i analizę dwóch sytuacji interpretowanych przez nią jako skutek zażywania/odstawiania leków. Uwzględniono interpretacje lekarza: łączenie zmian zażywania leków ze zmianami w relacji, zmianami intrapsychicznymi oraz przeżywanymi emocjami. W dyskusji artykułu uwzględniono znaczenie farmakoterapii oraz możliwość różnorodnej interpretacji działania leków.

Przykłady opisu klinicznych studiów przypadku w czasopiśmie „Psychoterapia”

W latach 1998–2018 kliniczne studium przypadku pojawiło się na łamach „Psychoterapii” ponad 60 razy. Analiza dokonana przez autorów pracy, po uwzględnieniu zakresu prezentowania materiału klinicznego, pozwoliła wyodrębnić dwa różne sposoby realizacji opisu klinicznego studium przypadków, takie jak: pełne kliniczne studium przypadku oraz prezentacja wybranych aspektów pracy klinicznej dla zilustrowania przedstawianych zagadnień.

Poniżej zostanie przedstawiona analiza wybranych klinicznych studiów przypadku, które w przekonaniu autorów w znacznym stopniu spełniają przedstawione powyżej kryteria przygotowywania i prezentowania klinicznego studium przypadku. Autorem pierwszego noszącego tytuł „**Doniesienie z terapii — perspektywa relacji z obiektem**” jest Adam Kuśnierzowski [20]. Tytuł pracy wyraźnie określa paradygmat terapeutyczny, w którym prowadzona była terapia i pozwala zorientować się, że będzie to materiał kliniczny do-

tyczący procesu psychoterapii. Brakuje jednak uszczegółowienia diagnozy opisywanego pacjenta czy też wskazania, jakiego zagadnienia klinicznego dotyczy prezentowana praca. Jednakże **słowa kluczowe**: *borderline personality, relations with the object, individual psychotherapy* uzupełniają ten brak. Trzeba jednak zauważyć, że czytelnicy poszukujący opisu przypadku pracy terapeutycznej z osobą o strukturze osobowości *borderline* mogą przeoczyć diagnozę umieszczoną jako jedno ze słów kluczowych.

W **abstrakcie** prezentowanej pracy, który można uznać za wyczerpujący i realizujący wymagania klinicznego studium przypadku, przedstawiono pacjenta, diagnozę i podejście terapeutyczne. Wymienia on również podstawowe zjawiska w terapii oraz cel, którym jest opis związku terapeutycznego z uwzględnieniem zjawiska przeniesienia i przeciwprzeniesienia: „Autor przedstawia pierwszy rok pracy psychoterapeutycznej z 20-letnim mężczyzną cechującym się strukturą osobowości typu *borderline* z silną skłonnością do samouszkodzających *acting out*ów. Opis związku terapeutycznego z uwzględnieniem zjawiska przeniesienia i przeciwprzeniesienia jest podstawą do analizy pierwotnych relacji pacjenta z częściowymi obiektami oraz ich wpływu na jego interpersonalne funkcjonowanie” [20, s. 63].

Artykuł nie ma jednak jasnej struktury pracy, napisany jest w sposób ciągły, bez podtytułów. Oznacza to, że nie ma wyraźnego wyodrębnienia części teoretycznej i klinicznej. Niemniej dla potrzeb uporządkowania zasad konstrukcji studium przypadku, w tym opracowaniu zostaną one wyróżnione.

W **teoretycznej** części wprowadzenia brakuje opisu paradygmatu, w którym pracował terapeuta, jak również opisu prezentowanego zjawiska w jego kontekście. Co więcej — autor nie przedstawił również wprost celu dokonanej prezentacji klinicznej.

W **części głównej** tekstu, będącej właściwym przedstawieniem przypadku, została dokonana diagnoza kliniczna wskazująca na problematykę pacjenta: „Problemem, z którym zgłosił się na terapię, były trudności w kontaktach z rówieśnikami, w szczególności zaś poczucie bycia od nich gorszym” [20, s. 64]. Przedstawiono również historię pacjenta oraz przebieg procesu terapii.

Interesującym rozwiązaniem jest **sposób realizacji danego tematu/problemu**. Autor początkowo nie wprowadza diagnozy nozologicznej, natomiast określa własne rozumienie dynamiki zjawisk psychicznych zachodzących u pacjenta, przeplatając je z prezentacją fenomenologiczną jego sylwetki. W opisie autor wprowadza zgodne z przyjętym paradygmatem rozumienie własnych reakcji emocjonalnych, które pozwala mu wyciągnąć wnioski na temat mechanizmów psychopatologicznych pacjenta: „Mariusz był wyraźnie niezadowolony z pierwszej sesji. Wprost wyraził swoje rozczarowanie oraz zaprzeczył, jakoby terapia mogłaby mu w ogóle pomóc. Dewaluacja spotkania nie była dla mnie zbyt zrozumiała. Zestawiając jednak moje przeżycia z pierwszego kontaktu z Mariuszem w sekretariacie z przebiegiem sesji odniosłem wrażenie, że rządzą nim na przemian dwa sprzeczne porządki. W jednym (sekretariacie) byłem obiektem idealnie dobrym, do którego adresowane były niezaspokojone pragnienia oraz nadzieja na ich spełnienie. W drugim (pierwsza sesja) stałem się obiektem frustrującym. Wskazywało to najprawdopodobniej na *splitting*, jaki pomieszczał w sobie pacjent.

Był to już jakiś krok w rozumieniu. Niejasne jednak ciągle pozostawały natura pragnień pacjenta oraz charakter zagrożenia. Pomocne w tym obszarze wydawało się

drażące mnie uczucie lęku, jakobym miał utracić Mariusza — z jednej strony pacjenta »trudnego«, z drugiej, z jakichś powodów, ważnego. Nasunęło to hipotezę, iż być może sama bliskość była przeżywana przez niego raz jako dająca satysfakcję, raz jako niebezpieczna” [20, s. 64].

Kolejnym sposobem **realizacji wybranego tematu** jest stopniowe wprowadzanie szczegółów dotyczących różnych aspektów przeżywania przez pacjenta samego siebie (marzenie senne). W ten sposób autor wprowadzał pogłębioną diagnozę jego mechanizmów obronnych: „Stawało się jasne, że Mariusz konfrontuje się z niszczącym, złym, wewnętrznym obiektem. Ilustracją niech będzie sen wprowadzony spontanicznie przez niego na czwartej sesji. [...] Sen ten potwierdził moje wcześniejsze przypuszczenia co do splittingu pacjenta, jasne zatem stawało się, że ja, tak jak nauczycielka czy pasażerowie autobusu, jestem ekranem do projekcji jego częściowych obiektów” [20, s. 65].

W późniejszym materiale, po szczegółowej analizie psychodynamiki pacjenta w pierwszej fazie terapii, autor uzasadnia podaną następnie diagnozę specyficznego zaburzenia osobowości: „Ważne w powyższej perspektywie wydaje się to, iż pacjent przejawiał niską odporność na frustrację, na którą reagował dewaluacją, uczuciami strachu i wściekłości oraz używał pierwotnych mechanizmów obronnych: począwszy od rozszczepienia, projekcji przez projekcyjną identyfikację, prymitywną idealizację aż po zaprzeczenie. Ujawniał także splitting w atakach na swoje ciało, w którym raz było ono przeżywane jako źródło narcystycznej gratyfikacji, w innym przypadku jawiło się jako przyczyna niemocy. Reasumując, postawiłem hipotezę diagnostyczną wskazującą na organizację struktury osobowości typu *borderline*” [20, s. 66].

Dalej autor analizuje kolejne etapy procesu terapeutycznego, zwracając uwagę na przekształcanie treści ujawnianych w przeniesieniu wraz z rozwijaniem się związku terapeutycznego i odpowiadaniem terapeuty na potrzeby pacjenta, także bytowe. Pojawia się pogłębiona diagnostyka: „W 11.–12. miesiącu terapii nasilił się widoczny już wcześniej rys depresyjny pacjenta” [20, s. 68] oraz opis licznych agresywnych reakcji, które naświetlały dynamikę jego świata wewnętrznego: „Na sesjach opowiadał o niecodziennych sytuacjach, które ciągle mu się przydarzały” [20, s. 68]. Są to kolejne aspekty obranego przez niego sposobu **realizacji wybranego tematu**.

Analizując proces psychoterapii autor korzysta z teorii relacji z obiektem, co jednak literalnie zaznacza jedynie w tytule i podsumowaniu; Używa on także pojęć: przeniesienie, przeciwprzeniesienie, pierwotne i wtórne mechanizmy obronne, związek terapeutyczny, lęki paranoidalne, lęki kastracyjne, poszczególne obiekty wewnętrzne (m.in. prześladowczy, dobry, podtrzymujący, częściowy), splitting, acting out; oralne, analne, falliczne, jednak nie definiuje prezentowanych pojęć, co zmniejsza dydaktyczną wartość prezentowanego klinicznego studium przypadku. Zdefiniowanie wprowadzonych podejść lub wskazanie wcześniejszych autorów, których rozumienie jest autorowi bliskie, w sposób znaczący zwiększyłoby precyzję opisywanego zjawiska procesu psychoterapii.

Cennym aspektem opisywanego studium przypadku jest dwukrotne wprowadzenie marzenia sennego: „W ósmym miesiącu terapii, w okresie ferii bożonarodzeniowych, pacjent wprowadził treść kolejnego snu” [20, s. 67]. Pozwala ono na bezpośredni kontakt ze światem wewnętrznym opisywanego pacjenta, jak również zwiększa obiektywność prezentowanego materiału, umożliwiając czytelnikom wyciąganie własnych wniosków.

W części podsumowującej, stanowiącej **wnioskowanie kliniczne**, autor podkreśla wartość rozumowania w oparciu o teorię relacji z obiektem w sytuacji kontenerowania silnych i skrajnych uczuć pojawiających się w relacji przeniesieniowo-przeciwprzeniesieniowej: „Przedstawiony materiał ukazuje, jak ważna w pracy z pacjentami o strukturze osobowości typu borderline jest konceptualizacja ich przetrwałych, pierwotnych relacji z częściowymi obiektami. Wydaje się, że bez wsparcia ze strony teorii relacji z obiektem trudno byłoby zrozumieć wczesnodziecięce, skrajne pragnienia i lęki pojawiające się w przeżyciach tych pacjentów” [20, s. 69]. Swoje wnioski odnosi on do pracy z osobami o strukturze osobowości typu borderline.

W prezentowanym klinicznym studium przypadku znajdują się również podstawowe **wskazówki kliniczne**. Autor podkreśla, że postawa rozumienia i empatyzowania jest konieczna do utrzymania związku terapeutycznego, który jest zarówno pomieszczający, jak odpowiednio frustrujący: „Postawa rozumienia, choć nie tylko ona, daje szansę terapii na stanie się dobrym kontenerem dla rzeczywistości intrapsychoicznej pacjentów. Wraz z empatyzującą postawą terapeuty, stwarza możliwość do wytworzenia związku terapeutycznego, w którym terapeuta, na wzór dobrej matki, jest w stanie przetwarzać prymitywne impulsy pacjentów, objaśniać świat i stymulować do dalszego rozwoju, a więc również frustrować. W tym ostatnim terapeuta pełni także funkcję ojca — elementu depsychotyzującego symbiotyczną diadę matka–dziecko” [20, s. 69].

Bardzo ważne, z perspektywy rzetelności prezentowanego studium przypadku, jest zaznaczenie przez autora, które aspekty opisywanego procesu terapeutycznego nie zostały uwzględnione: „pominięty w komentarzach został wątek konfliktowości popędowej prezentowanego pacjenta” [20, s. 69].

W końcowym akapicie autor wymienia dalsze cele terapeutyczne: „W obecnym okresie terapii szczególnie problematyka triangulacyjna pacjenta zajmuje pierwszoplanowe miejsce, gdzie gros wnoszonych treści odnosi się do silnych lęków kastracyjnych oraz prohibicji jego fallicznej agresji” [20, s. 69], mogących stanowić też implikacje do pracy dla innych terapeutów.

Drugą pracą, która została zanalizowana pod kątem spójności celu i sposobu jego realizacji jest artykuł pt. „**Odzyskiwanie utraconych części siebie w procesie terapii psychoanalitycznej**” Macieja Musiała [21]. Tytuł pracy jasno i wprost określa paradygmat terapeutyczny, w którym był prowadzony proces psychoterapii. Autor odnosi się również w nim do prezentowanego zjawiska w opisywanym przez niego procesie terapii. Jakkolwiek jest on metaforyczny, przykuwa uwagę czytelnika. Tytuł nie tylko nawiązuje do paradygmatu terapeutycznego, jakim są psychoanaliza czy też terapia psychoanalityczna, ale również wskazuje na istotny aspekt prowadzonego procesu terapeutycznego, którym jest wskazanie implicite na to, jak autor rozumie mechanizm zmiany. Jeżeli chodzi o **słowa kluczowe**, autor ogranicza się jedynie do jednego pojęcia — psychoanalytic technique, co wprowadza paradygmat, wskazuje nie wprost na odniesienie do techniki terapeutycznej, nie przybliża jednak problematyki, diagnozy czy też zaburzeń pacjenta, co mogłoby być ważnym aspektem sygnalizującym czytelnikom zawartość pracy.

Abstrakt zawiera diagnozę i odniesienie do paradygmatu psychoterapeutycznego, z wymienieniem wielu zjawisk procesu terapeutycznego: „Autor przedstawia przebieg terapii głęboko zaburzonej depresyjnej pacjentki. W jego przekonaniu jest jedna tech-

nika psychoanalityczna, jakkolwiek są różne poglądy na temat czynników leczących. Praca terapeutyczna ilustruje terapeutyczne działanie: wglądu, settingu, korektywnego doświadczenia emocjonalnego i identyfikacji z obiektem kontenerującym. Te czynniki umożliwiają odzyskiwanie utraconych części siebie w procesie terapii psychoanalitycznej” [21, s. 43].

W części teoretycznej wprowadzenia autor zarówno definiuje podejście, w którym prowadzona była przedstawiana psychoterapia, jak również prezentuje podstawowe założenia tego paradygmatu. W dalszej części przedstawia zasady tego podejścia, jakkolwiek nie definiuje podstawowego zjawiska procesu psychoterapii wymienionego w tytule. Metaforyczne sformułowanie nie zostało dalej zdefiniowane w terminach teorii psychoanalitycznej ani w rozumieniu autora.

Bardzo ważny i wprowadzający w głąb prezentowanego procesu terapeutycznego jest sposób, w jaki autor wprowadza cel prezentowanego tu klinicznego studium przypadku. Jest on przedstawiony wyczerpująco i syntetycznie, odnosi się do przeżyć terapeuty w kontekście prezentowanej pracy terapeutycznej: „Chciałbym przedstawić materiał kliniczny pracy z pacjentką głębiej zaburzoną. Niejednokrotnie przeżywałem w niej trudne chwile w związku z atakami na mnie i terapię, wyrażanymi w formie acting outów, silnego oporu i używania przez pacjentkę identyfikacji projekcyjnej oraz zaprzeczania. Dyskusja i spory na temat tego, co leczy i sposobu leczenia, stosowania modyfikacji bądź też nie, które trwają od dziesięcioleci, spowodowały i u mnie wewnętrzne wahania co do zmagania różnych opcji i ciągły wysiłek o właściwy przebieg terapii, nieraz o jej utrzymanie” [21, s. 45].

Część główna tekstu, stanowiąca przedstawienie przypadku, zawiera opis wiodącej problematyki klinicznej pacjentki: „Pacjentka A, l. 33, mężatka, dwie córki — zgłosiła stany depresyjne utrudniające jej, a nieraz uniemożliwiające pracę zawodową, opiekę nad dziećmi. Twierdziła, że niczego nie czuje i nie ma potrzeb. Skarżyła się na niemożność porozumienia z mężem w sprawie kontaktów seksualnych w związku z nieodczuwaniem przez nią potrzeby seksualnej. Powiedziała także, że postrzega siebie jako inną, dziwną. Twierdziła: »co dla innych ma sens, dla mnie nie ma«. Pacjentka problemy depresyjne i »z uczuciami« przeżywa od ok. 15. roku życia. Miała za sobą 2 pobyty na oddziale psychiatrycznym na przestrzeni dwóch ostatnich lat przed podjęciem terapii. Przebywała tam z powodu depresji i myśli samobójczych. Zaproponowałem jej terapię o częstotliwości 2 sesji w tygodniu” [21, s. 45]. Ta część artykułu zawiera również historię pacjentki oraz przebieg procesu terapii. Nie dokonano oceny nozologicznej według żadnego systemu diagnostycznego, przy czym wskazano na rodzaj objawów i skarg zgłaszanych przez pacjentkę.

Jeżeli chodzi o sposób realizacji zamierzonego celu prezentowanego klinicznego studium przypadku, autor przyjął strategię podzielenia przebiegu procesu psychoterapii na etapy, w których wyróżnia dominujące zjawiska pojawiające się w relacji z pacjentką. Odnosi się do teorii psychoanalitycznej, by doprecyzować ich rozumienie. W szczególności skupia się na zrozumieniu źródła dolegliwości depresyjnych pacjentki i braku odczuwania przez nią potrzeb i uczuć. Ciekawym rozwiązaniem jest zatytułowanie poszczególnych etapów opisywanego procesu terapii, by zaprezentować „wewnętrzne wahania co do zmagania różnych opcji i ciągły wysiłek o właściwy przebieg terapii, nieraz o jej utrzymanie” [21,

s. 45]. Wprowadzone tytuły nazywają główne aspekty problematyki pacjentki: „Początkowa faza terapii — rozszczepienie obiektu i zaprzeczanie potrzebom” [21, s. 46]; „Utrata, złość, wina” [21, s. 47]; „Oscylacja między pobudzającym a odrzucającym obiektem oraz walka o utrzymanie dobrego obiektu” [21, s. 49]; i w końcu „Problematyka edypalna” [21, s. 50]. Autor korzysta z teorii relacji z obiektem, w tym z pojęć wprowadzonych przez Guntripa, takich jak obiekt antylibidinalny, antylibidinalne ja, libidinalne ja, libidinalne potrzeby. Są one jednak wprowadzone bez ich zdefiniowania.

Istotną wartością prezentowanej pracy jest obiektywizacja wysnuwanych wniosków, której autor dokonuje, przytaczając konkretne pytania i odpowiedzi pacjentki, opisując jej wygląd czy postawę ciała.

Dokonując **wnioskowania klinicznego** autor łączy problematykę świata wewnętrznego pacjentki z ważnymi wydarzeniami z jej życia, pozwalając zrozumieć jej wycofanie i depresyjność: „Na podstawie przedstawionego materiału objawy depresyjne pacjentki można rozumieć w następujący sposób. W jej relacjach z wewnętrznym obiektem przejawia się odczucie pustki po obiekcie, poczucie odrzucenia, wrogości do siebie i winy. Obiekt zajmuje się kimś innym, porzuca, nie jest zainteresowany jej trudnościami, nie chce kontaktu. W historii życia pacjentki są zdarzenia, które reaktywują uczucia straty i odrzucenia” [21, s. 52]. Autor opisuje przekształcanie się wewnętrznych obiektów pacjentki i relacji terapeutycznej wobec stosowanych przez niego metod terapeutycznych, takich jak: analiza przeniesienia czy kontenerowanie. Podkreśla również rolę stabilnego settingu, umożliwiającego przepracowywanie zachowań acting outowych. W podsumowaniu pracy klinicznej wskazuje na większą wewnętrzną integrację pacjentki, pojawienie się ego obserwującego, „bardziej libidinalnego ja” oraz zdolności do wchodzenia nie tylko w relacje diadyczne, ale także trójkątne.

Podstawowe wskazówki kliniczne/terapeutyczne nie są przedstawione wprost, jednakże można o nich wnioskować ze sposobu prezentowania procesu terapii: „Wartością tej terapii, którą chciałbym podkreślić, jest podjęcie przez pacjentkę wymagań konwencji pracy, kontraktu i — mimo naruszania settingu i więzi terapeutycznej w różnych jej fazach — utrzymanie przymierza terapeutycznego. Więż terapeutyczna i sama terapia wystawiona była na próbę rozgrywania w działaniu (acting out), które mogło być przepracowywane. W utrzymanie przymierza zaangażowana była zdrowa (zdrowsza) część pacjentki, z której mogła ona korzystać i oprzeć się na niej” [21, s. 52]).

Podsumowanie

Dokonany selektywny przegląd klinicznych studiów przypadków w czasopismach „Psychiatria Polska” i „Psychoterapia” wskazuje, że oprócz wiedzy klinicznej, która została poprzez nie przekazana czytelnikom, zawierają one cenne inspiracje dla przyszłych autorów tego rodzaju publikacji.

Przedstawione wyżej wskazówki konstruowania klinicznego studium przypadku mają na celu zwiększenie spójności prezentowanych tekstów, a przede wszystkim wskazanie na wagę formułowania wprost celu konstruowania klinicznego opisu przypadku, jak również wyboru właściwego sposobu jego realizacji, włączając w to odpowiednią selekcję materiału klinicznego.

Należy podkreślić, że kliniczne studia przypadku stanowią ważny wkład w badanie procesu psychoterapii, a precyzyjny ich opis przyczynia się do budowania wiedzy klinicznej na temat złożonego i w wielu aspektach nieoczywistego procesu psychoterapii.

Piśmiennictwo

1. Schier K. Geneza i formy leczenia astmy oskrzelowej: perspektywa psychoanalityczna. *Psychoter.* 2000; 1: 61–71.
2. Murawiec S. „Potrzebuję więcej leków”, kiedy samoocena nie pozwala dostrzec poprawy w przebiegu farmakoterapii. Opis przypadku pacjentki leczonej escitalopramem. *Psychiatria* 2011; 8(1): 25–30.
3. Freud S. *Histeria i lęk*. T. VII. Warszawa: Wydawnictwo KR; 2001.
4. Freud S. *Dwie nerwice dziecięce*. T. VI. Warszawa: Wydawnictwo KR; 2000.
5. Iwakabe S, Gazzola N. From single-case studies to practice-based knowledge: aggregating and synthesizing case studies. *Psychother. Res. J. Soc. Psychother. Res.* 2009; 19(4–5): 601–611.
6. Janusz B, Jurek J, Dejko-Wańczyk K. Proces żałoby po utracie dziecka z perspektywy kontynuowania więzi: systematyczne studium przypadku. *Psychoter.* 2018; 4: 12. 31–42.
7. Elliott R. The effectiveness of humanistic therapies: A meta-analysis. W: *Humanistic psychotherapies: Handbook of research and practice*. Red. Cain D.J., Keenan K., Rubin S., Washington, DC, US: American Psychological Association; 2002, s. 57–81.
8. Salvatore S, Gelo O, Gennaro A, Manzo S, Radaideh AA. Looking at the psychotherapy process as an intersubjective dynamic of meaning-making: a case study with discourse flow analysis. *J. Constr. Psychol.* 2010; 23(3): 195–230.
9. Råbu M, Haavind H, Råbu M., Haavind H. Coming to an end: a case study of an ambiguous process of ending. *Couns. Psychother. Res.* 12: 109–117.
10. Messer SB. Theory Development via single cases: a case study of the therapeutic relationship in psychodynamic therapy. *Pragm. Case Stud. Psychother.* 2011; 7(4): 440–448.
11. Hamburg S. What are case studies good for? A response to commentaries by McMullen and Karlin. *Pragm. Case Stud. Psychother.* 2018; 13: 348.
12. Michel L, Kramer U, Roten YD. Alliance evolutions over the course of short-term dynamic psychotherapy: A case study. *Couns. Psychother. Res.* 2011; 11(1): 43–54.
13. Cohen R. Getting into the ACT with psychoanalytic therapy: the case of „Daniel”. *Pragm. Case Stud. Psychother.* 2016; 12: 1–30.
14. Stolarska D. Diagnostyczne cechy języka pierwszej wypowiedzi pacjentów nerwicowych — na podstawie analizy przypadku. *Psychoter.* 1999; (1): 23–35.
15. Escudero V, Friedlander ML, Varela N, Abascal A. Observing the therapeutic alliance in family therapy: associations with participants’ perceptions and therapeutic outcomes. *J. Fam. Ther.* 2008; 30(2): 194–214.
16. Horvath AO, Symonds BD. Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: A meta-analysis. *J. Couns. Psychol.* 1991; 38(2): 139–149.
17. Knerr M, Bartle-Haring S, McDowell T, Adkins K, Delaney RO, Gangamma R, Glebova T, Gafsky E, Meyer K. The impact of initial factors on therapeutic alliance in individual and couples therapy. *J. Marital Fam. Ther.* 2011; 37(2): 182–199.
18. Cwojdzńska, A, Markowska-Regulska K, Rybakowski F. Terapia usprawniania poznawczego w młodości — jądrowym — opis przypadku. *Psychiatr. Pol.* 2009; (1): 115–124.

-
19. Murawiec S. Psychodynamiczna psychofarmakologia w praktyce — możliwości interpretacji działań niepożądanych farmakoterapii, opis przypadku. 2009; (2): 213–222.
 20. Kuśnierzowski A. Doniesienie z terapii — perspektywa relacji z obiektem. Psychoter. 2002; 2: 63–69.
 21. Musiał M. Odzyskiwanie utraconych części siebie w procesie terapii psychoanalitycznej. Psychoter. 2008; 1: 43–52.

Adres: bernadetta.janusz@wp.pl